自杀风险的评估：基于诊断的视角¯

侯祥庆[1,2,3] 杨盈[2,3] 张倩倩[1,2,3] 杨丽[2,3]

（[1]天津大学教育学院，天津 300350）（[2]天津大学应用心理研究所，天津 300350）
（[3]天津市自杀心理与行为研究实验室，天津 300350）

摘　要 自杀风险的评估是干预的前提和基础，但其标准化和准确性一直是自杀领域面临的主要挑战。近年来，越来越多的研究表明自杀并非仅限于某些特定精神障碍的诊断范畴，而是一种跨诊断的临床综合征。因此，设置单独的自杀诊断以改进临床自杀风险的评估成为了新的研究方向，已形成的自杀行为障碍、自杀危机综合征和急性自杀情感障碍等诊断方案在实证研究和临床应用上也取得了进展。然而，现有的诊断方案仍不成熟，其实际应用也存在潜在的风险。未来需要从内涵界定、诊断鉴别和研究设计等方面进行完善和验证。

关键词 自杀，精神障碍，评估，预测，自杀诊断

分类号

收稿日期: 2024-01-16

¯ 国家社会科学基金项目(21BSH017)支持。

通信作者: 杨丽, E-mail: yangli@tju.edu.cn

1 引言

自杀是指故意杀死自己的行为(WHO, 2014)。据统计，全球每年因自杀而死亡的人数高达 80 多万(WHO, 2021)。自杀风险的评估是预防自杀的重要环节和组成部分（肖水源，2001）。自杀风险评估即通过识别可能增加或减少风险的因素来判定个体自杀风险水平的过程(Oquendo & Bernanke, 2017)。自杀被视为多重因素(涉及生物、心理、社会和环境等领域)相互作用的结果（杜睿，江光荣，2015），其复杂性给自杀评估带来了极大的挑战。自杀风险评估及其工具的有效性一直备受质疑(Campos et al., 2023; Runeson et al., 2017)。因此，如何改进自杀风险的评估成为自杀领域亟需解决的问题。

目前，自杀风险评估主要通过问卷测量(如 Beck 自杀意念量表、自杀意图量表、抑郁程度量表)和/或访谈(如哥伦比亚自杀严重程度评定量表、简明国际神经精神障碍访谈检查和定式临床访谈诊断表)的方式进行(Bolton et al., 2015)。由于自杀风险的影响因素众多，自杀相关的评估工具也层出不穷。临床中始终缺少对于评估程序和工具一致性的规定，加上不同医生的自杀相关知识水平和评估技能存在差异，这导致风险评估结果差异较大，难以被共享和比较(Andreotti et al., 2020; Regehr et al., 2022)。此外，临床工作者总被期待能够预测或判断患者未来可能出现的自杀风险，即是否会在几小时、几天或几周内自杀，以预防自杀行为的发生(肖水源, 2019)。然而，现有的自杀风险因素大多为远端风险因素(如精神障碍、自杀尝试史)，这些因素有助于识别高危人群，但难以提供有关自杀前的心理过程或状态的信息，无法准确解释个体的自杀风险如何以及为何出现(Allsopp et al., 2019)，因而仅有有限的临床预测价值(Franklin et al., 2017; Voros et al., 2021)。

在此背景下，研究者们主张在精神障碍的诊断分类系统中引入特定于自杀的诊断类别(Suicide-Specific Diagnosis，译为“自杀诊断”)，以应对当前自杀评估和干预实践中面临的困境(Fehling & Selby, 2021; Obegi, 2021)。美国精神病学协会(American Psychiatric Association, APA)于 2013 年在《精神障碍诊断和统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM)第五版 “进一步研究的条件”章节中首次提出了单独的自杀诊断—自杀行为障碍。该诊断的提出意在鼓励针对自杀的专门研究，而非简单地将自杀作为其他精神障碍的症状来处理，从而促进临床自杀风险的评估和记录(American Psychiatric Association, 2013)。随后，又有研究者陆续提出自杀危机综合征和急性自杀情感障碍等诊断方案，通过聚焦于自杀尝试前的急性心理-精神病理学特征，提高对于自杀风险评估和预测的能力(Schuck et al., 2019; Tucker et al., 2016)。

构建单独的自杀诊断的尝试革新了现有的精神障碍诊断框架对自杀的认识，并可能促进自杀风险评估的范式转变，因而引起了研究者们的广泛关注与讨论。本文旨在系统梳理自杀诊断的提出背景、现有方案以及当前存在的争议和局限，并提出相应的改进策略，以期为国内自杀研究和预防工作提供支持。

2 背景

尽管自杀的病因尚不清楚，但大量研究表明，精神障碍是自杀行为最强的风险因素之一(Moitra et al., 2021; Turecki et al., 2019)。门诊或者住院的精神障碍患者的自杀风险显著高于其他疾病患者和一般人群(Ajdacic-Gross et al., 2009; Mortensen et al., 2000)。

在当前的精神障碍诊断框架中，自杀被视为精神障碍的症状之一或可能导致的负面后果。如表 1 所示，在 *DSM* 和国际疾病分类(International Classification of Disease，ICD)中，抑郁障碍、双相及相关障碍和边缘型人格障碍的诊断标准中明确纳入了自杀相关想法和行为。除此之外，众多精神障碍也被证明与自杀密切相关(Xu et al., 2023)，但它们的诊断标准中并未纳入自杀。这种设置上的差异一方面可能会导致临床工作者对不同精神障碍患者自杀风险的关注程度不同(Fehling & Selby, 2021)。具体而言，Oquendo 等人(2008)认为在许多半结构化的临床评估中，临床医生比较重视对潜在的情感障碍及其相关障碍和人格障碍患者的自杀风险评估。在非强制进行自杀风险评估的医疗环境中，当来访者否认有重性抑郁障碍或边缘型人格障碍的症状时，临床医生可能不会继续追问有关自杀的问题。另一方面，Maung 等人(2022)认为设置上的差异也可能夸大了部分精神障碍与自杀之间的关系。流行病学调查发现，自杀行为最常见于情感障碍(包括双相情感障碍、重性抑郁障碍) (Bertolote et al., 2004)。自杀行为与情感障碍之间的高度相关一方面是由于情感障碍本身的疾病特点所致，另一方面则可能是由于情感障碍的诊断标准中包含自杀。具体来说，当个体报告有明确的自杀倾向，则自然满足了双相情感障碍或重性抑郁障碍诊断标准所要求的症状之一，这使得自杀倾向者更容易达到双相情感障碍或重性抑郁障碍的诊断，提高了他们被诊断为情感障碍而非其他精神障碍的概率。综上，在精神障碍诊断与分类系统中设置单独的自杀诊断，可以提高临床工作者对各类精神障碍患者自杀风险的重视程度，依据标准进行全面细致的评估，并将其作为多轴诊断的一部分进行记录。

表 1 *DSM* 和 *ICD* 中自杀相关描述及其对应诊断

	ICD-11		*DSM-5*		
诊断	双相及相关障碍	抑郁障碍	双相及相关障碍	抑郁障碍	人格障碍
亚型	双相障碍 I 型 双相障碍 II 型	单次发作抑郁障碍 复发发作抑郁障碍	双相 I 型障碍 双相 II 型障碍	重性抑郁障碍	边缘型人格障碍
描述	反复出现死亡或自杀的念头		反复出现死亡的想法（而不仅仅是恐惧死亡），反复出现没有具体计划的自杀观念，或有某种自杀企图，或有某种实施自杀的具体计划。		反复发生自杀行为、自杀姿态或威胁，或自残行为。

注：以最新版本为例

自杀领域的研究进展为自杀诊断的形成提供了实证基础。首先，从流行率看，自杀通常伴有精神障碍，但也并非总是如此。早期西方心理解剖结果发现，超过 90%的自杀死亡者通常患有精神障碍(Cavanagh et al., 2003; Isometsä, 2001)。在我国，这一比例显著降低，仅有 63%的自杀死亡者生前患有精神障碍(Phillips et al., 2002)。美国疾病控制和预防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)的一项调查数据显示，54%的自杀死亡者没有心理健康问题(Stone et al., 2018)。尽管流行病学调查结果会受到就诊人数不足、调查工具不一致以及文化背景不同等方面的影响(Phillips, 2010)，但也提示我们仍有相当多的人在自杀前没有精神障碍，自杀可能具有不同于精神障碍的独特的风险因素和发展机制。

其次，在生理机制上方面，血清素能系统的失调常见于重性抑郁障碍、酒精使用障碍等精神障碍患者，也常见于有自杀倾向的人群。进一步比较后发现，三者具有不同的病理生理学特征(Underwood et al., 2018)。自杀死亡者的 5-HT_{1A} 受体的结合率更高，与抑郁障碍无关。除此之外，炎症、下丘脑-垂体-肾上腺轴、脂质和内源性大麻素也有望成为区分自杀倾向者与其他精神障碍患者的潜在生物标志物(Johnston et al., 2022)。

最后，当前自杀理论模型已经将重点从遗传、临床和人口特征因素转移到了动态自杀过程和急性自杀前状态的评估(Bagge et al., 2017, 2023; Bryan et al., 2020; Glenn & Nock, 2014)。基于自杀风险的现象学研究表明，由自杀想法转变为行动之前会有一个典型的自杀“前状态”，往往会经历焦虑、恐慌、烦躁或心理痛苦(Osváth, 2023)。同样，Conner 等人(2022)对自杀未遂后 24 小时内收治的药物使用障碍患者进行访谈后发现，个体在尝试自杀前的 24 小时内会出现一系列认知(如绝望)、行为(如酗酒)、情绪(如情绪戏剧性变化)和社交(如社交退缩)方面的症状。另外，生态瞬时评估法在自杀领域的应用为自杀动态特征的研究提供了更精细的、基于症状的方法(朱佳鑫 等, 2024)。该方法通过使用手机小程序、电话、电子日记和生理传

感器等方式进行随机采样，可以捕捉个体真实情境下自杀想法和行为产生和变化的规律，有助于探究自杀前的状态特征和急性自杀风险的预测因素。相关结果发现，负面情绪和睡眠紊乱等是自杀想法和行为的重要预测因素(Sedano-Capdevila et al., 2021)。

总的来说，自杀诊断的提出不仅符合当前临床实践对自杀风险评估与预测的需求，也契合了自杀领域有关近端风险因素和急性风险特征的研究进展，具有重要的理论价值和应用价值。

3 进展

现有的三种自杀诊断方案分别是自杀行为障碍、自杀危机综合征和急性自杀情感障碍。在该部分，我们将对三种自杀诊断方案的基本内容进行介绍，并结合精神障碍诊断形成的 Feighner 标准对其研究进展进行归纳和评述(Feighner et al., 1972)。Feighner 标准包含 5 个部分：(1)描述典型症状或症状群，并对患病率、发病年龄、诱发因素和其他情况进行说明；(2)与其他精神障碍进行鉴别，用于排除边缘病例和疑似病例；(3)开展实验室研究，确定相似的生物标志物；(4)开展随访研究，确定相似的临床病程或预后效果；(5)开展家庭研究，确定相似的家族特征。

3.1 自杀行为障碍

既往研究表明，先前的自杀尝试会增加个体自杀死亡的风险，约 7%~13%自杀尝试者最终死于自杀，特别是在自杀尝试后的 1~2 年内(Bostwick et al., 2016; Prabhakar et al., 2021)。但临床评估中，自杀尝试往往与其他自我伤害行为相混淆，影响了评估的准确性。鉴于自杀尝试的重要性，DSM-5 提出了自杀行为障碍(Suicidal Behavior Disorder，SBD) (American Psychiatric Association, 2013)。

在 SBD 中，自杀尝试被定义为个体自我发起的一系列行为，并且预期该行为将会导致自己的死亡。该定义明确了自杀意图，即自杀尝试应以导致死亡为目的，这与以调节情绪为目的的自伤行为相鉴别。排除标准中包含对实施自杀时意识状态的规定以及实施动机的说明。其他说明中涉及方法暴力性(暴力或非暴力)、致命性(高或低)以及尝试动态性(有计划的或冲动的)，并以近一年作为当前发作期和早期缓解期的区别标准。要达到 SBD 的诊断标准，个体必须在过去 24 个月内至少有过一次自杀尝试，而不只是有过自杀意念或准备行为(见表 2)。

SBD 患病率在不同样本中差异较大。一项基于韩国青少年精神科住院患者(n=215)的回顾性病历研究发现，SBD 的流行率为 33.5%(Song et al., 2022)。另一项在被监禁的非临床青

少年样本(n=262)中，SBD 患病率为 7.6%(Lasisi et al., 2022)。在鉴别诊断方面，SBD 与非自杀性自伤障碍的共病率很高。在青少年样本中，非自杀性自伤障碍已被证明是 SBD 的预测因素，亲子关系问题可能是非自杀性自伤障碍发展为 SBD 的促进因素(Song et al., 2022)。此外，SBD 与边缘型人格障碍也密切相关。研究发现，近一半符合 SBD 诊断的患者(n= 92)同时患有边缘型人格障碍，并且与不符合边缘型人格障碍的 SBD 患者相比，他们重复自杀的可能性高 9 倍，并具有更高水平的情绪失调、羞耻感、冲动、焦虑型依恋模式和童年创伤(Ducasse et al., 2020)。关于 SBD 生物标志物的研究集中在内分泌指标上。研究表明，患有 SBD 的抑郁症患者的下丘脑-催乳素轴的调节功能会受到明显的损害，尤其是那些有严重自杀尝试的患者(Duval et al., 2023)。

SBD 对于自杀诊断的发展具有开创性的意义，它明确了自杀尝试的判别标准，增加了 y 有过自杀尝试行为的个体被识别和治疗的可能性(Groschwitz et al., 2015; Oquendo & Baca-Garcia, 2014)。但自杀尝试史作为自杀的远端风险因素，无法对近期可能出现的自杀行为起到预警作用(Glenn & Nock, 2014; Rudd, 2006)。因此，研究者们提出了两个纳入了自杀尝试前的急性症状的自杀诊断方案，以期实现对近端自杀风险的评估和预测。

表 2 自杀行为障碍诊断标准

A：在过去的 24 个月内，个体有过自杀尝试
B：不符合非自杀性自伤的标准，即不以缓解负面情绪/认知状态或为实现积极情绪状态为目的而实施的针对身体表面的自我伤害
C：该诊断不适用于自杀意念或准备行为
D：不是在谵妄或精神错乱状态下实施的
E：不纯粹出于政治或宗教目的

注：距离上次尝试不超过 12 个月为当前发作期，距离上次尝试 12-24 个月为早期缓解期。

3.2 自杀危机综合征

自杀危机综合征(Suicide Crisis Syndrome，SCS)始于自杀触发状态的研究，最初包含极度绝望、反刍泛滥和近乎精神病性的躯体化三个维度(Yaseen et al., 2010; Yaseen et al., 2012)。Galynker 等人(2017)在自杀触发状态研究基础上，结合近端自杀风险预测因素的研究进展，提出了 SCS。SCS 是一种自杀前的急性精神状态，伴有情感和认知失调以及对真实或感知到的威胁的行为反应，通常在自杀发生前数小时或数天内出现。SCS 的 DSM 标准由五个部分组成，分为 A、B 两个标准。困境感(标准 A)是 SCS 的核心症状，它不是对未来的认知，而是一种情感状态(见表 3) (O’Connor & Kirtley, 2018; Williams, 2001)。标准 B 包括情绪紊乱、认知失控、过度唤醒和社会退缩四个类别。情绪紊乱包括情绪急剧波动、极度焦虑、急性快

感缺失和心理痛苦；认知失控包括反刍、认知僵化，想法抑制失败和反刍泛滥；过度唤醒包括激越、过度警惕、易激惹和失眠；社会退缩包括社会隔离和沟通回避。标准 A 和标准 B 中的症状均被证明与近期的自杀风险有关(Yaseen et al., 2019)。要达到 SCS 的诊断标准，个体需要同时满足标准 A 和标准 B 中的所有四类，但不要求报告明确的自杀倾向。

在临床特征的研究上，研究者开发了 SCS 的自评工具—自杀危机清单及其修订版(Revised Suicide Crisis Inventory，SCI-2)(Bloch-Elkouby et al., 2021; Galynker et al., 2017)。SCI-2 的一因子和五因子模型在多个国家和地区均拟合良好，支持了 SCS 结构的有效性(Menon et al., 2022; Park et al., 2023; Wu et al., 2022)。一项流行病学调查结果(n=5528)显示，新冠疫情期间 SCS 的患病率在各国存在差异，从 3.6%(以色列)到 16.2%(波兰)不等，年龄较大、男性、已婚参与者的 SCS 患病率低于相对应的其他类别，种族/民族差异很小(Rogers, McMullen, et al., 2023)。多项随访研究证明了 SCS 是自杀尝试的预测因素，在控制了抑郁、焦虑、自杀意念等因素后依然显著(Bafna et al., 2022; Bloch-Elkouby et al., 2021; Yaseen et al., 2019)。例如，在精神科住院患者中，符合 SCS 诊断的患者出院后 4~8 周内自杀尝试的风险比不符合 SCS 诊断的患者高 7 倍，自杀意念出现的次数也更多(Yaseen et al., 2019)。另一项随访研究也证明，同时报告有 SCS 和自杀意念的住院和门诊患者在一个月后的自杀行为的发生率显著高于仅报告自杀意念的患者和既未报告 SCS 也未报告自杀意念的患者(Rogers et al., 2022)。其中，困境感和认知失控是最强的预测因素，而社会退缩的预测效力较弱(Bloch-Elkouby et al., 2021)。在实验室研究中，Calati 等人(2020)基于现有的与自杀有关的生物标志物，对 SCS 的潜在的生物标志物提出了假设。其中，困境感可能与下丘脑-垂体-肾上腺轴功能紊乱，促肾上腺皮质激素释放激素和皮质醇水平失调有关。情绪紊乱可能与参与奖赏和反奖赏系统的多巴胺能回路的改变以及内源性阿片类药物的使用有关。认知失控可能与执行功能、注意力和决策领域的认知神经功能改变有关。社会退缩可能与可用的催产素水平有关。

SCS 系统地纳入了自杀的短期预测因素，构建了可参考的评估和诊断框架，简明地描述了自杀行为发生前的急性自杀心理过程。SCS 的最大特点或优势在于不依赖患者自我报告的自杀倾向评估自杀风险，这会有效改善患者在精神状况检查中否认或隐瞒自杀倾向而导致的自杀风险评估不准确的状况。

表 3 自杀危机综合征诊断标准

A：困境感(一种在感到无法忍受和逃离的处境中仍然想要逃离的急迫感)
B：相关问题
a 情绪紊乱(至少表现为以下一项)
情绪急剧波动(短时间内负面情绪快速飙升或情绪强烈波动)
极度焦虑(极度担心、烦躁以及灾难化的预期，可能伴有解离或感觉障碍)
急性快感缺失(首发的或加剧的无法体验到或预期到兴趣或快乐)
心理痛苦(强烈的不愉快的负面情绪，其特点是痛苦、破碎和受伤的感觉)
b 认知失控(至少表现为以下一项)
反刍(强烈或持续地思考自己的痛苦和导致痛苦的原因)
认知僵化(无法偏离重复的消极思维模式，否定任何除了自杀以外的可能的解决方案)
想法抑制失败(反复试图抑制消极的或令人不安的想法，但总是失败)
反刍泛滥(更强烈的反刍形式，一种负面想法压倒性泛滥的体验，伴有头部压力或疼痛)
c 过度唤醒(至少表现为以下一项)
激越(感到不安或紧张)
过度警惕(对潜在危险的感知和敏感性的增加)
易激惹(对一般甚至轻微刺激的过度情感反应，如烦恼、急躁、愤怒等)
失眠(难以入睡和/或保持睡眠)
d 社会退缩(至少表现为以下一项)
社会隔离(退出或缩小社会活动范围)
沟通回避(避免与亲近的人接触)

3.3 急性自杀情感障碍

Joiner 等人(2016)基于临床经验、意念-行为理论和风险因素的实证研究提出了急性自杀情感障碍(Acute Suicidal Affective Disturbance, ASAD)，用于描述和评估急性自杀风险。ASAD 被认为是一种有时限的急性自杀状态，与重性抑郁障碍、双相情感障碍或药物滥用无关(Tucker et al., 2016)。ASAD 的诊断标准包含四个部分(见表 4)。标准 A 明确了自杀意图短时间内激增的特征，自杀意图被操作化为通过自我伤害行为造成死亡的意愿的强烈程度；标准 B 涉及对他人和/或自我的负面认知或行为；标准 C 是对标准 A 和标准 B 改善可能性的无望感；标准 D 强调了多种过度唤醒的身心症状，包括激越、易激惹、失眠、噩梦。要达到 SCS 的诊断标准，个体需要同时满足标准 A~D。

在临床特征的研究上，研究者开发了单维度的急性自杀情感障碍自评量表(Acute Suicidal Affective Disturbance Inventory, ASADI)(Tucker et al., 2016)。ASADI 总分不仅是自杀尝试史的预测指标，也可以有效区分多次自杀尝试者、单次自杀尝试者和无自杀尝试者，以及自杀尝试者、自杀意念者和无自杀者。此外，ASAD 还可以用于解释远端风险因素与自杀之间的关系。抑郁和社交焦虑症状通过 ASAD 与自杀风险间接相关(Buckner et al., 2020)，消极认知风格(包括沉思、反思和焦虑敏感认知关注)和自杀反刍通过 ASAD 与终生自杀尝试次数间接相关(Rogers, Tucker, et al., 2019; Rogers & Joiner, 2018)，这些研究结果证明了 ASAD 作为自杀近端风险因素结构的有效性。与其他精神障碍的关系研究支持了 ASAD 是一种独特的自杀综合征(Oh et al., 2022;　Rogers, Chiurliza, et al., 2017)。例如，网络分析研究发现，ASAD 的症状群与焦虑、抑郁的症状群不同，并呈现出很强的内部关联性(Rogers, Hom, et al., 2019)。ASAD 与边缘型人格障碍是有区别但高度相关的结构，在众多症状上存在交叉(Jeon et al., 2022)。

表 4 急性自杀情感障碍诊断标准

A：数小时或数天内(而非数周或数月内)自杀意图的急剧增加
B：明显的社会隔离(如社会退缩、厌恶他人、认为自己是他人的负担) 和/或自我隔离(如自我厌恶、认为自己的心理痛苦是一种负担)
C：认为自杀意图(A)和社会隔离/自我隔离(B)状况是没有希望改变的
D：具有两种或两种以上过度唤醒的症状(如激越、易激惹、失眠、噩梦)

注：在过去一周内出现这些症状为当前发作的标准。

ASAD 为理解急性自杀状态提供了另一种视角，也为自杀诊断的构建提供了可能的方案。通过四个诊断标准，ASAD 有效地捕捉了自杀意图的急剧变化、负面认知和情绪反应，以及身体上的过度唤醒症状(Rogers & Joiner, 2018)，从而帮助临床工作者识别和评估个体的自杀风险水平，为干预提供了更有针对性的依据。

3.4 小结

SBD、SCS 与 ASAD 都旨在促进自杀风险的评估和预测，但是三者之间也存在差异。SBD 是终生风险诊断，旨在识别过去两年内发生过的自杀尝试。SCS 和 ASAD 都是近期风险诊断，旨在预测近期可能出现的自杀行为。SCS 与 ASAD 的最主要的区别在于需不需要明确的自杀倾向。ASAD 的核心特征是自杀意图在短时间内的急剧增加，要求个体具有明确的自杀倾向；SCS 的核心特征是困境感，不需要明确的自杀倾向(Rogers, Galynker, et al., 2017)。ASAD 与 SCS 的关系已在网络分析中得到了验证，二者形成了稀疏的网络结构，在组合网络中基本不受另一方的影响，激越、失眠和烦躁可能是连接 SCS 和 ASAD 的桥梁症状(Rogers, Jeon, et al., 2023)。

三种方案的提出为自杀诊断的形成提供了可参考的模板，但各自方案都存在不足。首先，临床特征描述不清晰，症状之间的关系模糊。SBD 本质上是对自杀尝试的定义，缺少对自杀现象学特征的描述，限制了其临床效用(Oliogu & Ruocco, 2024)。SCS 内部概念之间相似度高，缺少清晰界定。以反刍和反刍泛滥为例，从定义上看，反刍泛滥与反刍只有躯体症状的差别，即反刍泛滥伴有明显的头部不适感。因此，反刍泛滥更像是较为严重的反刍亚型，直接将它们作为两个独立的成分缺少研究支持。其次，症状组合导致的异质性。ASAD 和 SCS 的诊断标准都基于多种症状的组合，这导致符合诊断的患者之间的症状差异较大。以 SCS 诊断为例，如患者甲表现为困境感、极度焦虑、反刍和沟通回避，而患者乙的表现则是困境感、心理痛苦、认知僵化和沟通回避等。这种症状的异质性增加了临床诊断和治疗的复杂性，而各类方案对如何处理不同症状组合的患者缺少说明。最后，自杀症状与其他精神障碍症状之间的关系不明确。尽管部分研究已经初步证明了自杀诊断区别于与其他精神障碍，但它们之间存在相似的症状表现。例如，躁狂发作中的过度唤醒症状、惊恐发作中的解离症状以及人格障碍中的社会退缩等(Rogers & Joiner, 2018)。这些相似症状的频率和持续时间是否存在差别？形成机制又是否一致？对这些问题的回答将有助于进一步厘清诊断间的关系。

4 争议

自杀诊断对于描述、解释和预测自杀具有一定的价值。但是，将自杀作为一种单独的诊

断可能带来的潜在风险也不容忽视。研究者们主要从以下三个方面进行了讨论。

4.1 预测的假阴性

受制于自杀在一般人群中的罕见性以及大量的冲动自杀行为(Ryan & Oquendo, 2020; Simon et al., 2002)，众多预测自杀的指标和模型的效果都差强人意(Large et al., 2022)。自杀诊断作为单一的症状模型，无法全面地考虑个体自杀的影响因素，容易造成假阴性的结果(Berman & Silverman, 2023)。预测效度的不稳定会影响临床医生的风险决策或死亡结果的记录，使得他们在评估和干预自杀风险时更加谨慎和不确定，甚至可能面临法律责任(Wortzel et al., 2018)。

支持自杀诊断的研究者则认为自杀预测假阴性的问题一直存在，尤其当个体主动隐瞒或否认自杀倾向时，而基于自杀诊断的评估则有希望改善这一状况(Obegi, 2021)。例如，SCS诊断不需要明确收集个体既往的自杀史，表面效度低，患者更容易接受评估。其次，自杀诊断能够增进对个体自杀相关复杂心理动态的理解，提供更为详尽的相关心理或行为症状的信息，这对于提升自杀风险的精确预测，采取及时有效的预防和干预措施至关重要。

4.2 污名化和标签化

自杀诊断在实际应用中的主要争议及潜在风险在于它可能加剧公众对自杀倾向者的污名化与标签化。在缺乏专门的自杀诊断之前，有自杀倾向的个体可能会被视为其他精神障碍的患者。有了专门的自杀诊断后，满足自杀诊断标准的个体将被视为自杀患者(Wortzel et al., 2018)。既往研究表明，被贴上自杀标签的个体不仅会面临社会排斥、歧视和负面偏见，诱发孤独、无助和心理不适，还可能会影响患者对自身状况的认知和接受治疗的意愿，导致治疗效果降低(Carpiniello & Pinna, 2017)。

另一种观点则认为，精神障碍的污名化和标签化主要是源于错误的信息传播、恐惧情绪的滋生以及对相关现象的不确定性理解(Klin & Lemish, 2008)。自杀诊断不仅不会加剧自杀的污名化和标签化，反而有利于缓解这一情况(Cohen et al., 2023)。因为自杀不再是混杂在精神障碍中的异常现象，而是具有明确的心理和行为症状，这不仅有利于自杀倾向者理解和接纳自己的想法和行为，也有利于大众科学地看待自杀现象和自杀倾向者，减少恐惧和错误信息的传播。明确且可治疗的自杀诊断也会增加患者向临床医生透露自杀倾向的意愿，增强其寻求专业医疗帮助的积极性(Cohen et al., 2023)。

4.3 认识的简单化

将自杀作为单独诊断纳入精神障碍诊断分类系统可能体现了一种导向性观点，即自杀只是一种疾病。如前所述，自杀是多因素作用的结果，与政治、社会、文化和经济密切关联(Stack,

2021)，不同国家和地区对自杀的理解和态度也并不相同。将自杀作为一种精神障碍的观点可能会让人们忽视自杀在特定文化和社会背景下的复杂性，简化了对于自杀的认识，导致对有自杀倾向的个体的过度医疗化(Berman & Silverman, 2023)。

支持自杀诊断的观点则认为设置单独的自杀诊断，实际上是在强调自杀本身的复杂性和独特性，这有助于研究者关注和研究自杀现象，从而促进公众对于自杀的认识(American Psychiatric Association, 2013)。此外，将自杀作为单独诊断，并不意味着忽视或放弃对其他可能导致自杀的影响因素的考虑。自杀诊断是对当前精神障碍诊断体系的完善，可以更为系统地综合自杀的多种因素和症状表现，从而帮助临床工作者采取更具针对性的干预方式。

5 展望

自杀诊断通过识别自杀危机的临床特征和诱发因素帮助临床工作者评估与干预自杀风险，从而避免自杀事件的发生(Joiner et al., 2018)。但不可否认的是，已有的自杀诊断尚不成熟，未来研究亟待从以下四个方面开展来证实其有效性、可靠性和临床实用性。

一、完善诊断标准内涵。自杀行为是连续的移行谱，各类自杀行为及其亚型对自杀风险的贡献不同(杨丽, 侯祥庆, 刘海玲, 2021)。SBD 应考虑纳入自杀尝试的亚型以及其他类别的自杀行为，如前自杀尝试和/或自杀意念等，这些类型的增加将使 SBD 更符合综合征的模式。ASAD 和 SCS 的形成都基于近端自杀风险因素的实证研究。随着越来越多的因素被证明与近期的自杀风险相关，例如显著的体重下降、临床医生对患者的情绪反应、最近从精神病院出院等(Chu et al., 2015; Olfson et al., 2016; Yaseen et al., 2017)，ASAD 和 SCS 需要参考新的进展修改现有的诊断标准，以形成针对近端自杀风险的最具预测效力的诊断方案。

二、厘清自杀诊断与已有精神障碍的关系。未来的研究需要更加深入地探讨自杀与其他精神障碍症状之间的差异或相似性的潜在机制，清晰它们在精神病理学上的关系。在这方面，融合脑科学和生理学的跨学科研究尤为迫切，借助神经影像和电生理技术，我们可以深入了解自杀在遗传和神经层面上的表征，确定与自杀相关的独特遗传标记或神经机制，为自杀的生物学基础提供更为明确的证据，建立自杀诊断与其他精神障碍诊断间的更为明确的鉴别标准。

三、开展多样本的纵向追踪研究。现有方案的研究样本单一，研究设计以横断面调查为主。已有的 SBD、SCS 和 ASAD 的研究样本以精神科住院或门诊成年患者为主，这导致自杀诊断的症状表现和稳定性不可避免地会受到其他精神障碍或者药物治疗的影响。例如，一项研究发现 ASAD 在进食障碍患者样本中的结构稳定性较差(Velkoff et al., 2023)。未来的研

究应当扩大研究样本，更加注重在非临床样本中(如青少年和老年人)的研究和应用，以便更全面地了解自杀诊断在不同年龄段、文化背景和社会群体中的适用性和有效性。此外，横断面的调查研究无法了解自杀诊断的起病过程和发展机制，尤其是针对急性自杀风险预测的 SCS 和 ASAD。尽管 SCS 已经在随访研究方面取得了一些进展，但其预测变量只有自杀意念和自杀尝试(Berman & Silverman, 2023)。未来的研究应纳入更多自杀类型，充实自杀诊断预测有效性的证据。

四、开发完善的测量的工具。SBD 仍缺少相应的测量工具，无法提供严重程度的标准。ASAD 仅有自评工具，现有研究集中于对终生版本(ASADI-L)的验证，当前版本(ASADI-C)的心理测量学指标有待检验。SCS 具有自评和他评工具，但是自评工具中未覆盖诊断标准中的所有内容，缺少沟通回避维度的测量条目。成熟的测量工具的开发以及截断值的确定将有助于诊断方案的检验和应用推广。

6 总结

自杀诊断的提出是近十年来自杀研究发展的结果，也是自杀评估和预测领域向更科学、更精准的方向迈出的一次重要尝试。自杀诊断既可以作为临床自杀风险评估的参考框架，也可以作为自杀跨诊断算法的基础，使自杀研究不只局限于单一诊断或群体，从而推动跨学科研究。当然，我们也需要清晰地认识到，自杀风险评估和预测所面临的困难并非是增加一个单独诊断就能完全解决的，现有方案距离临床实际应用也仍有距离。未来需要持续的研究和实践来验证和完善自杀诊断，进一步提升其预测效能和适用性，为自杀临床工作提供更为可靠和有效的支持。

参考文献

朱佳鑫, 牛璐, 侯筱菲, 曾梦, 陈腾伟, 李同赫, … 周亮. (2024). 生态瞬时评估应用于自杀研究的可行性评价. *中国临床心理学杂志*, *32*(1), 46−50+31. https://doi.org/10.16128/j.cnki.1005-3611.2024.01.008.

杜睿, 江光荣. (2015). 自杀行为:影响因素、理论模型及研究展望. *心理科学进展*, *23*(8), 1437−1452. https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2015.01437

杨丽, 侯祥庆, 刘海玲. (2021). 自杀行为筛查问卷的编制和信效度检验. *中国临床心理学杂志*, *29*(06), 1175−1181. https://doi.org/10.16128/j.cnki.1005-3611.2021.06.011.

肖水源. (2019). 自杀行为研究中的若干问题. *中华疾病控制杂志*, *23*(11), 1334−1337. https://doi.org/10.16462/j.cnki.zhjbkz.2019.11.007

肖水源. (2001). 自杀危险性的临床评估. *中国医师杂志*, *2*, 87−90.

Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T., & Rössler, W. (2009). In-patient suicide—A 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(1), 71−75. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x

Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., & Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, *279*, 15−22. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andreotti, E. T., Ipuchima, J. R., Cazella, S. C., Beria, P., Bortoncello, C. F., Silveira, R. C., & Ferrão, Y. A. (2020). Instruments to assess suicide risk: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *42*, 276−281. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0092

Bafna, A., Rogers, M. L., & Galynker, I. (2022). Predictive validity and symptom configuration of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: A replication study. *Journal of Psychiatric Research*, *156*, 228−235. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.027

Bagge, C. L., Littlefield, A. K., & Glenn, C. R. (2017). Trajectories of affective response as warning signs for suicide attempts: An examination of the 48 hours prior to a recent suicide attempt. *Clinical Psychological Science*, *5*(2), 259−271. https://doi.org/10.1177/2167702616681628

Bagge, C. L., Littlefield, A. K., Wiegand, T. J., Hawkins, E., Trim, R. S., Schumacher, J. A., Simons, K., & Conner, K. R. (2023). A controlled examination of acute warning signs for suicide attempts

among hospitalized patients. *Psychological Medicine*, *53*(7), 2768−2776. https://doi.org/10.1017/S0033291721004712

Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2023). A suicide-specific diagnosis – The case against. *Crisis*, *44*(3), 183−188. https://doi.org/2023060206554300358

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, *25*(4), 147−155. https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147

Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Gorman, B. S., Lawrence, O. C., Rogers, M. L., Richards, J., Cohen, L. J., Johnson, B. N., & Galynker, I. (2021). The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 1280−1291. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.048

Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, *351*, h4978. https://doi.org/10.1136/bmj.h4978

Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, *173*(11), 1094−1100. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854

Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J. A., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, *57*, 100758. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758

Buckner, J. D., Lewis, E. M., & Tucker, R. P. (2020). Mental health problems and suicide risk: The impact of acute suicidal affective disturbance. *Archives of Suicide Research*, *24*(Suppl.1), 303−313. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1574688

Calati, R., Nemeroff, C. B., Lopez-Castroman, J., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2020). Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *23*(3), 192−205. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz063

Campos, A. I., Van Velzen, L. S., Veltman, D. J., Pozzi, E., Ambrogi, S., Ballard, E. D., … Rentería, M. E. (2023). Concurrent validity and reliability of suicide risk assessment instruments: A meta-analysis of 20 instruments across 27 international cohorts. *Neuropsychology*, *37*(3), 315−329. https://doi.org/10.1037/neu0000850

Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 35. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035.

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, *33*(3), 395–405. https://doi.org/10.1017/S0033291702006943

Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update: Empirically informed suicide risk assessment. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(12), 1186–1200. https://doi.org/10.1002/jclp.22210

Cohen, L. J., Imbastaro, B., Peterkin, D., Bloch-Elkouby, S., Wolfe, A., & Galynker, I. (2023). A suicide-specific diagnosis – The case for. *Crisis*, *44*(3), 175–182. https://doi.org/2023060206554300358

Conner, K. R., Kearns, J. C., & Denneson, L. M. (2022). Qualitative analysis of hospital patient narratives of warning signs on the day of their suicide attempt. *General Hospital Psychiatry*, *79*, 146–151. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.11.001

Ducasse, D., Lopez-Castroman, J., Dassa, D., Brand-Arpon, V., Dupuy-Maurin, K., Lacourt, L., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2020). Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *270*(8), 959–967. https://doi.org/10.1007/s00406-019-00980-8

Duval, F., Mokrani, M.-C., Danila, V., Lopera, F. G., Erb, A., & Tomsa, M. (2023). Hypothalamic-prolactin axis regulation in major depressed patients with suicidal behavior. *Psychoneuroendocrinology*, *151*, 106050. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106050

Fehling, K. B., & Selby, E. A. (2021). Suicide in *DSM-5*: Current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 499980. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.499980

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Jr., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, *26*(1), 57–63. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., … Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research.

Psychological Bulletin, *143*(2), 187−232. https://doi.org/10/f9vhxg

Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high-risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, *34*(2), 147−158. https://doi.org/10.1002/da.22559

Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(Suppl.2), S176−180. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.004

Groschwitz, R. C., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U. M. E., Brunner, R., … Plener, P. L. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to *DSM-5* in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *228*(3), 454−461. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019

Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies – A review. *European Psychiatry*, *16*(7), 379−385. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00594-6

Jeon, M. E., Gomez, M. M., Stewart, R. A., & Joiner, T. (2022). Acute suicidal affective disturbance and borderline personality disorder symptoms: Distinct yet correlated constructs. *Journal of Affective Disorders*, *325*,62−72. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.131

Johnston, J. N., Campbell, D., Caruncho, H. J., Henter, I. D., Ballard, E. D., & Zarate Jr, C. A. (2022). Suicide biomarkers to predict risk, classify diagnostic subtypes, and identify novel therapeutic targets: 5 years of promising research. *International journal of neuropsychopharmacology*, *25*(3), 197−214. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab083

Joiner, T. E., Simpson, S., Rogers, M. L., Stanley, I. H., & Galynker, I. (2018). Whether called acute suicidal affective disturbance or suicide crisis syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. *Journal of Psychiatric Practice*, *24*(4), 274−278. https://doi.org/10.1097/pra.0000000000000315

Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication*, *13*(5), 434−449. https://doi.org/10.1080/10810730802198813

Large, M., Soper, C. A., & Ryan, C. (2022). Suicide risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, *9*, 938−939. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00314-5

Lasisi, M. D., Nuhu, F. T., Adebayo, F., Eseigbe, E. E., & Sheikh, T. L. (2022). Spectrum and predictors of suicidal risk among incarcerated youth in a correctional facility in Kaduna, Northern Nigeria. V*ulnerable Children and Youth Studies*, *17*(2), 147−158. https://doi.org/10.1080/17450128.2021.1990456

Maung, H. H. (2022). Mental disorder and suicide: What's the connection? *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, *47*(3), 345−367. https://doi.org/10.1093/jmp/jhab015

Menon, V., Bafna, A. R., Rogers, M. L., Richards, J., & Galynker, I. (2022). Factor structure and validity of the revised suicide crisis inventory (SCI-2) among Indian adults. *Asian Journal of Psychiatry*, *73*, 103119. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103119

Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *137*, 242−249. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053

Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*, *355*(9197), 9−12. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)06376-x

Obegi, J. H. (2021). Is suicidality a mental disorder? Applying *DSM-5* guidelines for new diagnoses. *Death Studies*, *45*(8), 638−650. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1671546

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. https://doi.org/10/gdwppk

Oh, Y., Lee, S., Rogers, M. L., & You, S. (2022). Assessment of acute and non-acute suicide crisis symptoms: Validation of the Korean version of the acute suicidal affective disturbance inventory. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1034130. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1034130

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*, *73*(11), 1119−1126. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035

Oliogu, E., & Ruocco, A. C. (2024). *DSM-5* suicidal behavior disorder: A systematic review of research on clinical utility, diagnostic boundaries, measures, pathophysiology and interventions. *Frontiers*

in Psychiatry, *15*. e1278230-e1278230. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1278230

Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the *DSM-5* classification system: Advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, *13*(2), 128−130. https://doi.org/10.1002/wps.20116

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2008). Issues for *DSM-V*: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(11), 1383−1384. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020281

Oquendo, M. A., & Bernanke, J. A. (2017). Suicide risk assessment: Tools and challenges. *World Psychiatry*, *16*(1), 28−29. https://doi.org/10.1002/wps.20396

Osváth, P. (2023). Recent approaches in suicide research. The psychology and neurobiology of the pre-suicidal state. *Psychiatria Hungarica*, *38*(1), 17−27.

Park, J. Y., Rogers, M. L., Bloch-Elkouby, S., Richards, J. A., Lee, S., Galynker, I., & You, S. (2023). Factor structure and validation of the revised suicide crisis inventory in a Korean population. *Psychiatry Investigation*, *20*(2), 162−173. https://doi.org/10.30773/pi.2022.0208

Phillips, M. R. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *American Journal of Psychiatry*, *167*(7), 731−733. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040589

Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, *360*(9347), 1728−1736. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11681-3

Prabhakar, D., Peterson, E. L., Hu, Y., Chawa, S., Rossom, R. C., Lynch, F. L., … Ahmedani, B. K. (2021). Serious suicide attempts and risk of suicide death. *Crisis*, *42*(5), 343−350. https://doi.org/2021091603424600735

Regehr, C., Paterson, J., Sewell, K., Birze, A., Bogo, M., Fallon, B., & Regehr, G. (2022). Tolerating risk: Professional judgment in suicide risk assessment. *Social Service Review*, *96*(1), 4−33. https://doi.org/10.1086/718580

Rogers, M. L., Bafna, A., & Galynker, I. (2022). Comparative clinical utility of screening for suicide crisis syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one‐month follow‐up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *52*(5), 866−875. https://doi.org/10.1111/sltb.12870

Rogers, M. L., Chiurliza, B., Hagan, C. R., Tzoneva, M., Hames, J. L., Michaels, M. S., … Joiner, T. E.

(2017). Acute suicidal affective disturbance: Factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *Journal of Affective Disorders*, *211*, 1−11. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.057

Rogers, M. L., Galynker, I., Yaseen, Z., DeFazio, K., & Joiner, T. E. (2017). An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*, *47*(8), 416−420. https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01

Rogers, M. L., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2019). Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, *250*, 333−340. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.005

Rogers, M. L., Jeon, M. E., Zheng, S., Richards, J. A., Joiner, T., & Galynker, I. (2023). Two sides of the same coin? Empirical examination of two proposed characterizations of acute suicidal crises: Suicide crisis syndrome and acute suicidal affective disturbance. *Journal of Psychiatric Research*, *162*, 123−131. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.001

Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2018). Lifetime acute suicidal affective disturbance symptoms account for the link between suicide-specific rumination and lifetime past suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, *235*, 428−433. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.023

Rogers, M. L., McMullen, L., Liang, Y., Perez, N., Richards, J. A., Akülker, G., & Galynker, I. (2023). Cross-national presence and sociodemographic correlates of the suicide crisis syndrome. *Journal of Affective Disorders*, *329*, 1−8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.076

Rogers, M. L., Tucker, R. P., Law, K. C., Bauer, B. W., Smith, C. E., Capron, D. W., … Joiner, T. E. (2019). The relationship between negative cognitive styles and lifetime suicide attempts is indirect through lifetime acute suicidal affective disturbance symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *43*(2), 354−364. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9968-8

Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. (pp. 355−368). American Psychological Association.

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, *12*(7), e0180292. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292

Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide risk assessment and prevention: Challenges and opportunities. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, *18*(2), 88−99. https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011

Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch‐Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide crisis syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide‐specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, *37*(3), 223−239. https://doi.org/10.1002/bsl.2397

Sedano-Capdevila, A., Porras-Segovia, A., Bello, H. J., Baca-García, E., & Barrigon, M. L. (2021). Use of ecological momentary assessment to study suicidal thoughts and behavior: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, *23*(7), 41. https://doi.org/10.1007/s11920-021-01255-7

Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., & O'Carroll, P. W. (2002). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*(Suppl.1), 49−59. https://doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212

Song, I. M., Joung, Y.-S., Kim, B.-U., Lee, H., Cha, J. Y., Jang, C. W., & Ahn, B. M. (2022). Clinical and psychosocial characteristics related to self-harm in adolescent admitted to psychiatric wards in Korea: A retrospective chart review. *Journal of the Korean Medical Association*, *65*(11), 758−770. https://doi.org/10.5124/jkma.2022.65.11.758

Stack, S. (2021). Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*, *152*, 106498. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106498

Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holland, K. M., … Crosby, A. E. (2018). Vital Signs: Trends in State Suicide Rates - United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide - 27 States, 2015. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 67*(22), 617–624. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1

Tucker R. P., Michaels M. S., Rogers M. L., Wingate L. R., & Joiner T. E. (2016). Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute suicidal affective disturbance (ASAD). *Journal of Affective Disorders*, *189*, 365−378. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.049

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, *5*(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0

Underwood, M., Kassir, S., Bakalian, M., Galfalvy, H., Dwork, A., Mann, J., & Arango, V. (2018). Serotonin receptors and suicide, major depression, alcohol use disorder and reported early life

adversity. *Translational Psychiatry*, *8*, 279. https://doi.org/10.1038/s41398-018-0309-1

Velkoff, E. A., Brown, T. A., Kaye, W. H., & Wierenga, C. E. (2023). Confirmatory factor analysis of acute suicidal affective disturbance in a sample of treatment-seeking eating disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, *326*, 155−162. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.089

Voros, V., Tenyi, T., Nagy, A., Fekete, S., & Osvath, P. (2021). Crisis concept re-loaded? The recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent suicide risk more effectively. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 598923. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.598923

Williams, J. H. (2001). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. London: Penguin.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Retrieved April 17, 2024, from https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.* Retrieved April 17, 2024, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

Wortzel, H. S., Nazem, S., Bahraini, N. H., Matarazzo, B. B., & Silverman, M. M. (2018). The potential perils of a suicide-specific diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice*, *24*(5), 354−358. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000333

Wu, C. Y., Lee, M. B., Rogers, M. L., Chan, C. T., Chen, C. Y., Richards, J., & Galynker, I. (2022). A validation study of the Taiwanese suicide crisis inventory version 2 to detect suicidality in an online population survey. *Journal of Suicidology*, *17*(2), 124–133. https://doi.org/10. 30126/JoS. 202206_17(2). 0004

Xu, Y. E., Barron, D. A., Sudol, K., Zisook, S., & Oquendo, M. A. (2023). Suicidal behavior across a broad range of psychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*, *28*(7), 2764−2810. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01935-7

Yaseen, Z., Katz, C., Johnson, M., Eisenberg, D., Cohen, L., & Galynker, I. (2010). Construct development: The suicide trigger scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*, *10*, 110–110. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-110

Yaseen, Z. S., Galynker, I., Cohen, L. J., & Briggs, J. (2017). Clinicians’ conflicting emotional responses to high suicide-risk patients-association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, *76*, 69–78.

https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.03.013

Yaseen, Z. S., Gilmer, E., Modi, J., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2012). Emergency room validation of the revised suicide trigger scale (STS-3): A measure of a hypothesized suicide trigger state. *PLOS ONE*, *7*(9), e45157. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045157

Yaseen, Z. S., Hawes, M., Barzilay, S., & Galynker, I. (2019). Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: An acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 1124−1135. https://doi.org/10.1111/sltb.12495

Suicide risk assessment: A diagnostic perspective

HOU Xiangqing[1,2,3], YANG Ying[2,3], ZHANG Qianqian[1,2,3], YANG Li[2,3]

([1] *School of Education, Tianjin University, Tianjin 300350, China*) ([2] *Institute of Applied Psychology, Tianjin University, Tianjin, China*) ([3] *Laboratory of Suicidal Behavior Research, Tianjin University, Tianjin 300350, China*)

Abstract: Suicide risk assessment is fundamental to effective intervention, but its standardization and accuracy have been a major challenge for the field of suicide. Recent research on the relationship between suicide and mental disorders has found that suicide is not limited to the diagnostic of some specific mental disorders, but is a transdiagnostic clinical syndrome. As a result, the field of suicide has begun to explore the possibility of setting a suicide-specific diagnosis to improve suicide risk assessment. Diagnostic models, such as suicidal behavior disorder, suicidal crisis syndrome and acute suicidal affective disorder, have shown promising advances in empirical research and clinical application. However, these diagnostic approaches remain underdeveloped and carry potential risks in practical application. Future efforts should focus on refining and validating these models by clarifying conceptual definitions, improving diagnostic differentiation, enhancing research design, and developing assessment tools.

Keywords: suicide, mental disorders, assessment, prediction, suicide-specific diagnosis